

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	1270500687		
法人名	(株)ソラスト		
事業所名	グループホーム ソラスト土気		
所在地	千葉県緑区土気町446-6		
自己評価作成日	平成28年12月7日	評価結果市町村受理日	平成29年3月22日

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://www.kaigokensaku.jp/12/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人VAICコミュニティケア研究所		
所在地	千葉県千葉市稲毛区園生1107-7		
訪問調査日	平成29年1月13日		

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

ソラストの介護サービス理念は「自立支援」「トータルケア」です。
 事業所は『心』を理念を掲げ「お一人おひとりを思いやる心、その方の今をやさしく見つめる心、人はすべて『心』を指針としています。
 お客様の生活をトータルに理解し、介護が必要になってから最期まで認知症専門職としてご本人やご家族とともに連携し「ワンチーム」になり、皆様の近くに寄り添い暖かく元気な暮らしをサポートしていきます。
 お客様が「笑顔」で満足して頂けるホームであるために全職員でケアに取り組めます。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

ホームは早い時期から看取り対応まで行う事が出来るチーム作りを目標としてきた。その為にまず働きやすい環境づくりと教育の充実を図り、職員の定着率を高め、職員が支え合えるようなホームにしようと努めてきた。ホームが目指すところを医療関係者等にも伝え理解を得るようにし、専門的な立場からアドバイスをもらうなどしている。運営推進会議では事故やヒヤリハットについても詳しく説明しており、オープンな運営は利用者家族から高い信頼を得ている。母体の法人は介護の専門性、職員の質向上のために様々な制度、支援策を整えてバックアップしている。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1～55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印
56 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんど掴んでいない	63 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57 利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	<input type="radio"/> 1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	<input type="radio"/> 1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
58 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	<input type="radio"/> 1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くない
59 利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66 職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごしている (参考項目:30,31)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62 利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている (参考項目:28)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない		

自己評価および外部評価結果

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
I. 理念に基づく運営					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	「心」を理念とし、職員間で共有し入居者様の心に寄り添い日々の取り組みを行っている。	事業所の理念は看取り対応まで見据えたものであり、最後まで心に寄り添うケアを目指している。そのために職員が働きやすい環境を整え定着率を高めるよう努めている。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	日常的に、ボランティアの受け入れを行いウクレレ、尺八、和太鼓、お琴、傾聴、イベント時のお食事等お手伝いの協力をしてくれる。	利用者は地域の老人会などにも参加している。また、地元のボランティアを受け入れたり地域住民からミカン狩りの誘いがあるなど、利用者の生活に変化と潤いを持たせている。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	今後2か月に1回の運営推進会議内で参加者に向けた認知症理解と支援方法についての研修を認知症ケア専門士が行っていく予定。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	定期的開催し事業所の活動報告、ご入居様、ご家族様と意見交換を行いサービスの向上に努めている。	毎回多くの家族が参加している。事故報告やヒヤリハットも報告しており、ホームの状況を理解してもらっている。質疑応答も活発で、今後は会議の中で認知症についての勉強会も予定している。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる	高齢施設課、保健センター等必要に応じて連絡を取ったり訪問して連携をとっている。またグループホーム連絡会主催会議、医療連携交流会など積極的に参加している。	報告や相談があれば、直接市の担当課を訪問して伝えることにしている。場合によっては法人本部の責任者が同行するなど、連携に努めている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	事例を通して身体拘束廃止に向けての研修を行っている。危機管理体制の観点から10月末より玄関を施錠し安全管理に努めている。	外部研修に参加した職員が、内部で伝達研修を行っている。玄関の施錠については、家族会とさまざまな角度から話し合ったうえで、決定した。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	事業所内で研修を行っている。(今期は10月に実施済み)にながらも行ってはいけない行為であると指導している。		

【評価機関】

特定非営利活動法人VAICコミュニティケア研究所

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	1月の所内研修の中で、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ予定。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約時に、重要事項説明書、契約書の読み合わせをしその場で不明の点はないか確認をし、わかり易く説明している。退去時は事前に何度も話し合いの機会を設け退居日を決めている。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	ご家族の来訪時には、職員は近況報告をしご家族からの意見も聞いている。要望等は、運営に活かせるように努力し各ユニットに掲示板を設けている。	利用者家族で自主的に家族会を結成しており、運営推進会議にも出席している。ホームは運営上の重要事項について家族会の意見を聞いて反映させている。	
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	事業所運営会議や定期的に個別面談を行い意見や希望、提案を聞く機会を設け検討している。	毎月開催する運営会議では、全職員の意見を聞いており、運営に活かすようにしている。また、新任職員をサポートするエルダー制度や働く満足度を支援するES制度なども導入している。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	ソラスト本社によるキャリアアップ制度を設けているため、スキルアップできる環境は整っている。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	エルダー制度(相談役)を設けており、新人スタッフにはエルダーをつけて育成している。社外研修への参加や毎月の所内研修で職員が講師となり運営している研修は行っている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	社内で開催されている研修に必要に応じて参加している以外にも、GH連絡会や地域連携交流会に参加し、同業者や行政の担当者と交流を図り、サービスの質を見直し向上させる取り組みを行っている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	新入居者に対しては、特に気を配っている。ご本人をはじめ、ケアマネやご家族から出来るだけ多くの情報を得ながら、安心して生活していただけるように表情等も観察しながら職員全員が信頼関係を構築できる体制づくりに努めている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	サービス初期は、ご本人とご家族との信頼関係構築のために、密接に情報交換を行うようにしている。特にホーム側から積極的に生活の様子を報告するようしており、家族が抱えている不安感や困っていることを解消できるように良い関係づくりに努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	ご本人と家族を交えた実地調査を行い、ご本人にとってソラストの環境になじみ、ご本人が安心して生活が送れるかを見極め場合によっては、適したサービスを紹介するなどの支援を行っている。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	GHという共同生活の場であることを職員全員が認識し、家族の一員であるような暖かく安心できる関係作りの構築を目指している。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	ご家族が来訪しやすい環境づくりに努めている。気軽に外出したり、居室で面会することができ、離れて生活していても家族との絆を感じることができている。		
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	必要に応じてご家族の協力を得て、以前から行っていた趣味活動や、外出支援を通して住み慣れた環境での生活の継続に努めている。	職員全員が利用者の生活歴を把握しており、馴染みの関係が継続ができるように配慮している。利用者は家族の協力でこれまでの習い事を続けたり、スポーツ観戦などにも出かけている。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずにご利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	リビングのテーブルの配置など共同生活の場ということ意識している。両ユニット合同で集まるレクリエーションやイベントの機会を設けている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	退居されたご家族がイベントの度に毎回ボランティアでお手伝いとして参加してくださっており、良好な関係の継続ができています。 他施設に移られた方へも、面会に行ったりケアマネと連絡を取ったりなどのフォローを行っている。		
Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	ご本人とご家族の希望、これまでの生活歴に合わせて家で過ごしていたときと同じような生活ができる限り継続出来るように努めている。	家族の話聞き、生活歴を把握して一人ひとりの暮らし方、好みに沿った支援をしている。意向の確認が難しい場合は、表情やしぐさをみながら、気持ちを汲み取っている。重度化が進んでおり、引き続き本人本位の支援が期待される。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	ご本人とご家族から、これまでの生活歴を出来るだけ詳しくお聞きし、ホームでの生活に生かせるように支援している。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	日々の生活の中の細かい変化を、介護記録の他に、申し送りノートを使用し情報を共有できるように努めている。必要に応じてケアカンファレンスを開催し、現状の把握と変化への対応、共有に努めている。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	一ヶ月に一回のユニット会議時にカンファレンスを行っている。また必要に応じて随時カンファレンスを行い、ご家族の来所時には現状を報告し、希望を確認した上で現状に即した介護計画を作成できるように努めている。	毎月のユニット会議や全体会議で利用者の状況を共有して介護計画を作成し、定期的に見直ししている。週間計画表に沿って支援し、着実にサービスを提供したかチェックしている。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	些細な変化でも、ケア記録と申し送りノートを活用し、職員全員で情報を共有している。入居者一人に対して居室担当者を1名をつける体制をとっており、細かい状態変化の把握ができる環境づくりを行っている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	認知症の進行に伴い表出する拘縮の進行を防止するために、訪問マッサージを利用するなどその時の状況に応じてサービスを提供できるよう努めている。また福祉用具の業者とも密に連携を図っている。		

自己	外部	項目	自己評価		外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容	
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	90歳を越えても体調の良い日には外出・外食に出掛ける方、地域の老人会へ参加される方など、高齢で認知症という疾患を抱えていても馴染みのある地域との繋がりを大切にしている。			
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	かかりつけ医と密に連携を取り24時間体制で相談できる体制が出来ている。平日はほぼ毎日、往診に先生が来訪されているため、日々の体調変化に機敏に対応できている。	往診可能な内科医が協力医になっており、訪問看護や訪問マッサージも利用している。通院については家族に協力を依頼している。口腔ケアと嚥下力維持を大切に考えており、歯科医師による指導も受けている。		
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	週に一回の訪問看護師来訪時に入居者様の状態変化の報告と相談を行い、適切な受診・看護が受けられるようなアドバイスをいただいている。			
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院した際には、出来る限り早く退院できるよう家族と病院担当者と密に連携をとって情報交換に努めている。必要に応じて家族を交えた担当者会議も行っている。			
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	かかりつけの医療機関とも密に連携を取っている。ターミナルケアの経験豊富な職員が両ユニットに複数おり、落ちついて最期に向き合いながら取り組むことが出来ている。	看取りケアに力を入れている。医師の指示のもと、ターミナル期と判断されたら、看取りアセスメント、ケアプランを作成し、本人・家族の意向に沿って支援を進める。こまめにモニタリングし、家族・職員間で情報共有している。また、法人による研修も実施している。		
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	所内研修で、緊急時の応急手当・初期対応の訓練を行っている。緊急時のマニュアルを掲示することで、有事の際の体制作りは整っている。			
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	避難訓練で日中帯、夜間帯どちらも想定した避難方法を全職員が身につけることができるように努めている。 地域柄、有事の際の地域との協力体制に関しては充分にとれているとは言えない。	年2回、火災想定避難訓練を実施し、食料・水・アルミシートを入れた非常用ポーチは利用者全員分用意している。近隣に民家が少なく、地域の防災体制は無いが、職員連絡網は誰が何分まで到着できるか明示している。	運営推進会議には町会長や民生委員も出席しているため、地域の協力体制については運営推進会議で検討してもよいと思われる。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	社内資格であるウェルフェアコンシェルジュ(接遇担当)を取得したスタッフが両ユニットに1名ずつおり、所内研修の他に、毎月の会議時にミニ研修を開催し、尊厳を守る声掛けや配慮について指導している。	職員は尊厳に配慮した対応を心がけており、社内研修を受けた接遇担当者を中心に勉強会をしている。昼食時には、職員が丁寧な声かけで利用者に接している様子が確認できた。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	対象者の「生活」を、職員や施設の都合で決めるのではなく常に入居者様がどのようにしたいのかを決めて頂けるように支援を行っている。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	入居者様一人一人の趣味嗜好等を把握し、無理強いするのではなく各々のペースに沿って、穏やかに安心して過ごしていただけるように支援を行っている。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	外出や行事の際は化粧をしておしゃれをして頂いたり、ご家族の希望にそえるように季節感に合った衣服を着ていただいている。自己判断ができない方には、好みなどを考慮しコーディネートしている。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	嗜好を考慮しながら、嫌いな食材は代替して提供するなどの配慮をしている。ミキサー食の方には色合いに配慮した盛り付けを行い、視覚でも食欲を刺激できるような支援を行っている。能力のある方にはテーブル拭きや配膳・片付けを手伝っていただいている。	食べる楽しみを大事にしている。訪問調査時も彩りや盛り付けの美しい昼食が提供されていた。食材は業者委託だが、お節等の行事食は管理者自ら調理することもある。軽い器や福祉用具も取り入れ、安心安全に美味しい食事を提供している。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	医師と連携を図りながら、十分な食事が摂取できない方には栄養補助食を提供したりと、栄養や水分量が確保できるように支援している。歯科医とも連携を図り、残存機能に応じた食事形態で提供している。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	訪問歯科医の指導の下、口腔ケアには力を入れている。毎食後、ご自分で出来る方には声掛け、介助が必要な方には介助を行う。週に1回訪問歯科医が来訪しており、連携を図りながら、できるだけ自分の歯(義歯含む)で食事(常食)が出来るように支援している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
43	(16)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	入居者一人一人の、排泄パターンを把握し、できる限りご自分でトイレで排泄できるように支援している。	個別の排泄リズムに合わせて声かけするなど、できるだけ自立に向けて支援している。自然な排泄を促すため、水分や野菜の摂取、ヨーグルトの提供などを心がけている。おむつの会社から講師にきてもらい研修も実施している。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	排便状況を観察し、下剤をコントロールし、排便コントロールを行っている。そのほかには、毎日の体操や散歩などの運動の励行、食事量や水分量が充分かどうかを気を配っている。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々にそった支援をしている	できる限りご本人様の希望に合わせて入浴支援を行えるように努めているが、2人介助で入浴される方が多く、すべての入居者様の希望通りとはなっていない。介護度が重くなっても安楽に入浴できるようシャワーキャリーを導入した。	2ユニットそれぞれに浴室が設置されているが、利用者の身体状況を全職員で把握するため、職員はユニットを往来して入浴支援している。入浴剤を使い温泉巡りなどの企画を実施して、入浴が楽しめるような工夫をしている。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	主治医と密に連携をとり、安心して眠れるように支援している。夏期や冬期は居室温度と湿度に気を配っている。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	薬の変更や追加があった際には、効能や想定される副作用などを申し送りノートに記入し、職員への情報共有に努めている。薬の変更後は様子を記録に細かく残しどのような変化があったかを医師に報告できるよう努めている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	嗜好品はご家族が用意して下さったり、必要に応じて職員が購入代行を行っている。ADLに応じたレクリエーションの提供を行っている。脳トレ、散歩支援など。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	ご家族と協力し、可能な限り外出できるように努めている。月に1回は車を使って外出支援を行っているが、介護度が重い方は外出支援は困難なため、車椅子での散歩支援を行っている。	月1回の外出イベントや庭での外気浴など、外気に触れる機会作りをしている。しかし一部利用者は重度化が進み、車椅子での座位保持も難しくなっている。利用者によっては廊下での歩行をプランに取り入れ、下肢筋力の維持に努めている。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	金銭トラブルを未然に防ぐため、金銭の所持に関する支援は行っていない。		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	ご本人様の希望があれば、自由に電話や手紙のやり取りができるように支援している。		
52	(19)	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	安全に配慮しながら、季節感のある装飾などを行い、居心地の良い環境作りに努めている。またアロマを炊くことで落ち着いた気分で過ごしていただけるよう支援している。	リビングは花を飾ったりアロマ用品を置き、居心地よく過ごせるようにしている。廊下は障害物をなくして転倒を防ぐなど、安全にも配慮している。家族の訪問が多いことから居心地のよさがうかがえる。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	共有スペースの中でも和スペースやソファを設け、気分に合わせて思い思いに過ごすことができるように努めている。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	入居時には使い慣れた家具などを必要に応じてお持ちいただいている。居室環境の整頓にも努めており、障子の張替えなども職員が行っている。認知症の進行や加齢に伴い、畳の上に防水マットを敷いたりといった支援も行っている。	居室は個々に好みの家具を置き、自分らしい部屋作りをしている様子が確認できた。ほとんど洋室だが、一部に和室も用意されている。居室担当者がおり、ベッドの向きや夏冬の衣類の入れ替えなど、環境整備を行っている。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	通路の動線上に障害物等を置かないように徹底し安全に自立して過ごして頂けるように支援している。また、トイレの表示をわかりやすくしたりするなどの工夫を行っている。		